50

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911 — **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DE LA DÉLIVRANCE

DANS LES

MALFORMATIONS UTÉRINES

PAR

M. LE BESQUE

Président : M. PINARD, Professeur

PARIS
ALFRED LECLERC, ÉDITEUR
19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladie des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE ET DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PINARD

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Au moment où nous allons être appelé à mettre en pratique nos connaissances médicales, nous tenons à rendre hommage à tous ceux qui mirent à nous les inculquer, leur science, leur dévouement et leur bienveillance :

Aux Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris.
A nos Maitres de l'Ecole de Médecine de Nantes.
Aux Médecins et Chirurgiens des hôpitaux de Paris et de Nantes.

M. le Professeur Pinard, dont nous avons eu le plaisir de suivre l'enseignement, nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse : qu'il veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

La question de la délivrance qui, pour beaucoup, semble devoir être mise au second plan dans la pratique journalière des accouchements, présente en réalité un intérêt tout aussi grand que celle du passage du fœtus à travers le bassin ; et si, dans bien des cas, elle présente des caractères physiologiques purs, il en est d'autres au contraire où elle entraîne un cortège symptomatique des plus importants, qui peuvent et qui doivent retenir l'attention de l'accoucheur, soit par leurs particularités intéressantes, soit par l'état pathologique qu'ils peuvent entraîner.

Dans les cas de malformation utérine, en particulier, la délivrance présente des aspects si divers et si sérieux, qu'elle mérite de retenir l'attention.

Nous ne remercierons jamais assez notre excellent maître, le Professeur Pinard, d'avoir bien voulu nous confier le sujet de cette thèse, en mettant à notre disposition les documents uniques que représentent les archives de la Clinique Baudelocque. Nous avons extrait fidèlement des observations les faits qui intéres-

saient spécialement notre sujet, et c'est en nous basant uniquement sur ce qui a été vécu chez notre Maître, que nous essayerons d'en tirer des conclusions.

Cette question de la délivrance dans les cas de malformation utérine n'a certes pas manqué d'attirer depuis longtemps l'attention des accoucheurs ; mais si l'on compulse les volumineux traités d'obstétrique déjà parus, et si l'on y recherche ce qui a rapport à la question qui nous intéresse, on voit que seuls quelques auteurs y ont consacré quelques lignes.

« Dans les cas de malformation utérine, dit Picot, « les membranes seront plus souvent adhérentes, et « on observe plus fréquemment leur rétention. Lors- « que ces membranes seront complètes, si on essaie de « reproduire la forme de l'œuf, on voit qu'au point « correspondant à l'échancrure de l'utérus, il existe « une dépression qui permet de faire le diagnostic. »

Picot avait bien observé que souvent l'adhérence des membranes était plus grande, et que leur rétention était, par suite, plus fréquente, mais ceci n'est, en somme, qu'un incident de peu d'intérêt à côté des accidents beaucoup plus sérieux que nous verrons se produire pendant la délivrance dans les cas de malformation utérine.

Dans le traité d'obstétrique de Ribemont-Dessaignes et Lepage, voici ce que l'on trouve à ce sujet :

« La délivrance dans les utérus cordiformes a besoin « d'être faite avec soin ; souvent le décollement du « placenta se fait mal, parce que les parois n'ont ni « l'épaisseur, ni la rétractilité normale, et il est né-

« cessaire de pratiquer la délivrance artificielle. »

Ici, la forme de l'utérus *en cœur de carte à jouer*, semble seule avoir retenu l'attention des auteurs, alors que cette malformation est au maximum, laissant de côté les *cas où une des cornes est simplement plus développée que l'autre, sans qu'il y ait l'éperon que l'on constate le plus souvent dans les utérus cordiformes.*

M. le professeur agrégé Wallich, dans son livre intitulé *Eléments d'obstétrique*, recherchant les causes de la difficulté de la délivrance dans les cas d'utérus malformés, met surtout en cause le placenta :

« Les difficultés de la délivrance sont imputables « fréquemment à la forme souvent irrégulière du pla- « centa qui, par suite, se décolle mal et inégalement « dans les différentes parties de l'utérus malformé. »

Que faut-il penser de cette manière de voir ? Nous essayerons de la discuter lorsque nous aurons passé en revue les nombreuses observations que nous avons pu recueillir et qui ne sont cependant qu'une infime partie de celles que nous aurions pu trouver dans le *Grand livre de la Nature* de notre Maître.

OBSERVATION I (année 1908, nº 111).

Mme B. M..., I-pare, 21 ans.

Présentation du siège décomplété, mode des fesses.

Version par manœuvres externes impossible pendant la grossesse, au début du 9e mois.

Malformation utérine, *corne gauche plus développée.*

Accouchement normal, fœtus de 3600 grammes.

Hauteur utérine pendant la période de la délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm.	20	21	21	20	18

Délivrance. — Présentation du placenta par la face fœtale.

Délivrance par traction et expression combinées, 30' après l'accouchement.

Poids du placenta : 550 grammes.

OBSERVATION II (année 1908, nº 113).

Mme L. L..., II-pare, 31 ans.

Présentation du plan latéral pendant les 2 grossesses. A chaque fois on a ramené la tête en bas. On a placé une ceinture entocique qui a suffi à maintenir la présentation céphalique.

2e accouchement : expulsion spontanée d'un fœtus de de 3850 grammes.

Malformation utérine : Corne droite plus développée.

Délivrance. — Présentation du bord.

Délivrance par expression française, 30' après l'accouchement.

Poids du placenta : 625 grammes.

Membranes dissociées et déchirées.

OBSERVATION III (année 1908, nº 153.)

Mme G. S..., VIII-pare, 26 ans.

1re grossesse : avortement au quatrième mois (œuf vivant).

2e grossesse : présentation du siège.

3e grossesse : avortement au quatrième mois (œuf vivant).

4e grossesse : avortement au sixième mois (œuf vivant).

5e grossesse : présentation de l'épaule (version par manœuvres internes).

6e grossesse : avortement au sixième mois.

7e grossesse : avortement au cinquième mois.

8e grossesse : à l'examen, on constate une malformation utérine très nette ; la corne droite étant plus développée que la corne gauche.

Présentation transversale ; version par manœuvres externes. Ceinture entocique.

Pendant le travail : présentation du siège. Une hémorragie rétro-placentaire survenant, tue l'enfant qui est expulsé spontanément et pèse 1230 grammes.

Délivrance. — Aussitôt après l'expulsion du fœtus, le placenta est expulsé. Sur sa face utérine de nombreux caillots sont adhérents.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent la malformation de l'utérus. La caduque est épaissie en un point.

OBSERVATION IV (année 1908, nº 173).

Mme D... Irma, 38 ans, VIII-pare.

Les six premières grossesses se sont terminées par l'expulsion de fœtus morts et macérés, vers le huitième mois après les dernières règles.

7e grossesse : présentation de l'épaule au neuvième mois ; version par manœuvres internes, extraction d'un fœtus mort et macéré de 2.600 grammes. Délivrance artificielle (la femme étant sous le chloroforme). Placenta : 700 grammes.

8e grossesse : présentation transversale pendant la grossesse. Malformation utérine : la corne droite étant plus développée que la corne gauche. Version par manœuvres externes. Expulsion d'un fœtus de 3.100 grammes, vivant.

Hauteur utérine pendant la période de la délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm.	20	21	21	20	18

Délivrance. — Présentation de la face fœtale, délivrance par traction et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 470 grammes.

Régime anti Σ pendant la grossesse.

Examen des membranes. — Le sac membraneux reproduit la malformation utérine. En un point (au niveau du diverticule), la caduque a été retenue sur le sac membraneux adhérent et épaissi. D'une façon générale, rétention de la caduque.

OBSERVATION V (année 1908, nº 216).

Fernande G..., 23 ans, II-pare.

1re grossesse : présentation du sommet, application du forceps, hémorragie de la délivrance.

2e grossesse : malformation utérine, corne droite plus développée que la corne gauche. Présentation du siège.

Version par manœuvres externes.

Expulsion spontanée d'un fœtus se présentant par le sommet.

Délivrance. — Présentation de la face fœtale.

Délivrance par traction et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement. 20 minutes après la délivrance il se produit un écoulement sanguin abondant. Le fond de

l'utérus remonte à 3 centimètres. Les caillots sont expulsés par expression de l'utérus.

Injection intra-utérine à 50° qui arrête l'hémorragie.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent la malformation utérine, avec léger épaississement en un point.

OBSERVATION VI (année 1908, n° 329).

Marguerite R..., I-pare, 23 ans.

Malformation utérine : corne droite plus développée que la corne gauche.

Expulsion au cours du septième mois d'un fœtus vivant pesant 950 grammes, mort une heure après sa naissance.

Délivrance. — Présentation de la face utérine.

Délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — Le sac membraneux reproduit la forme bicorne de la cavité utérine.

OBSERVATION VIII (année 1908, n° 407).

Marie P..., I-pare, 27 ans.

Hydramnios. Malformation utérine.

Corne droite plus développée : 37 centimètres.

Corne gauche : 32 centimètres.

Accouchement prématuré au neuvième mois : 4.500 grammes de liquide amniotique ont été recueillis.

Poids du fœtus : 2.850 grammes.

Délivrance. — Présentation de la face fœtale. Déli-

vrance par traction et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement.

Poids du fœtus : 470 grammes.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent la forme de la cavité utérine avec un épaississement au niveau de la corne la plus développée.

OBSERVATION VIII (année 1908, nº 523).

Jeanne F..., IV-pare, 26 ans.

1re grossesse : avortement au cours du deuxième mois.

2e grossesse : sommet spontané à terme.

3e grossesse : avortement au cours du deuxième mois.

4e grossesse : présentation du siège ; accouchement prématuré au neuvième mois.

Poids du fœtus : 2.300 grammes.

Délivrance. — Quelques instants après l'accouchement, la sage-femme tente en vain de faire la délivrance. Un médecin appelé pratique le toucher, trouve une grande partie du placenta à la vulve ; et, ne pouvant introduire les doigts dans l'utérus, envoie la femme à la clinique Baudelocque.

Mlle Piroelle, sage-femme de garde, pratique le toucher. L'orifice utérin est largement perméable. Un grand lambeau de membranes fait saillie dans le col. Elle introduit la main dans l'utérus et constate l'existence d'un éperon très accusé.

Les doigts sont facilement introduits dans les deux cornes utérines et, en aucun point, on ne trouve de tissu placentaire. Cependant, une injection intra-utérine pratiquée ramène quelques débris de placenta.

Observation IX (année 1908, nº 571).

Berthe N..., III-pare, 26 ans.

1re et 2e grossesse : sommet spontané à terme. Deux ans après cette deuxième gestation, cette femme subit, à l'hôpital Saint-Louis, une laparatomie pour salpingite droite. M. Lenormant lui fait une ablation de la trompe et des annexes du côté droit et une hystéropexie.

Au cours de la troisième grossesse, rien de particulier. Pendant le travail, au moment des contractions utérines, la corne droite se montre plus développée que la corne gauche.

Présentation du sommet.

Expulsion spontanée d'un fœtus de 4.000 grammes.

Hauteur utérine pendant la période de la délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm.	20	21	22	22	22

Délivrance. — 30 minutes après l'accouchement, le placenta est en partie décollé ; mais on n'arrive pas sur l'insertion du cordon.

Au bout de deux heures, le placenta n'est toujours pas décollé. Il n'y a pas d'hémorragie. M. Chevalier fait une délivrance artificielle. L'utérus est bien rétracté. Le placenta est en grande partie décollé, mais cependant encore adhérent au fond de la corne droite.

Examen des membranes. — On retrouve sur les membranes la malformation utérine diagnostiquée au palper. Au niveau, la caduque est beaucoup plus épaissie et vascularisée.

OBSERVATION X (année 1908, nº 587).

Léonie B..., I-pare, 23 ans.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Présentation du sommet. Malformation utérine : corne droite plus développée que la corne gauche.

Poids du fœtus : 2.900 grammes.

Délivrance. — Présentation de la face fœtale. Délivrance par traction et expression combinées, 15 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent la malformation de l'utérus, avec épaississement de la caduque en un point.

OBSERVATION XI (année 1908, nº 601).

Louise B..., I-pare, 21 ans.

Présentation transversale pendant la grossesse. Version par manœuvres externes. Ceinture entocique. Pas de malformation utérine appréciable à l'examen. Accouchement prématuré au neuvième mois, d'un fœtus de 2.870 grammes, se présentant par le sommet.

Délivrance. — Présentation de la face fœtale. Délivrance par traction et expression combinées 30 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent une malformation utérine.

OBSERVATION XII (année 1908, n° 755).

Joséphine V..., IV-pare, 37 ans.

1re grossesse : avortement au cours du troisième mois.

2e grossesse gémellaire, avec hydramnios ayant occasionné des troubles cardio-pulmonaires tels qu'ils nécessitèrent l'interruption de la grossesse au cours du septième mois.

3e grossesse : présentation du siège.

4e grossesse : présentation transversale pendant la grossesse, ayant nécessité à plusieurs reprises la version par manœuvres externes, et le port d'une ceinture entocique. Accouchement spontané à terme d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 3.370 grammes.

Délivrance. — Présentation du bord.

Délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta, 680 grammes.

Examen des membranes. — On retrouve sur les membranes des traces de malformation utérine.

OBSERVATION XIII (année 1908, n° 774).

Hélène G..., III-pare, 23 ans.

1re grossesse : avortement au cours du deuxième mois.

2e grossesse : avortement au cours du deuxième mois.

3e grossesse : accouchement prématuré au neuvième mois d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 2.550 grammes. Pas de malformation utérine appréciable au palper.

Délivrance. — Présentation du bord.

Délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 280 grammes.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent la malformation utérine, une corne plus développée que l'autre. (M. le professeur Pinard.)

OBSERVATION XIV (année 1908, n° 827).

Caroline W..., II-pare. 31 ans.

1re grossesse : sommet spontané à terme.

2e grossesse : expulsion spontanée au neuvième mois d'un enfant se présentant par le sommet et pesant 4.000 grammes.

Pas de malformation utérine appréciable au palper.

Hauteur utérine pendant la période de la délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm.	22	24	24	24	24

Délivrance. — 30 minutes après l'accouchement, le toucher permet de sentir le bord du placenta au niveau du col, mais on n'arrive pas sur l'insertion du cordon.

La hauteur utérine a augmenté de 3 centimètres depuis l'expulsion du fœtus et reste stationnaire à 24 centimètres. Pouls, 72.

Deux heures après l'accouchement, le placenta est toujours dans la même situation. M. Chevalier fait une délivrance artificielle.

L'utérus est bien rétracté et conserve au niveau de l'orifice, le placenta en grande partie décollé. Celui-ci est encore adhérent en avant et à gauche. La main coiffée des membranes a extrait difficilement celui-ci, très adhérent au ni-

veau de la corne utérine droite qui semble un peu plus développée que la gauche.

Injection intra-utérine.

OBSERVATION XV (année 1908, nº 1.331).

Emma B..., I-pare, 28 ans.

Accouchement spontané à terme d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 3.850 grammes.

Pas de malformation utérine appréciable au palper.

Hauteur utérine pendant la période de la délivrance :

5' après	20'	30'	40'	50'
19 cm.	20	22	22	19

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française 50 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — L'examen des membranes semble dessiner une malformation utérine (utérus cordiforme), rétention de la caduque (pas d'endométrite).

Poids du placenta : 860 grammes.

OBSERVATION XVI (année 1908, nº 1887).

Elvire H..., V-pare, 32 ans.

1re grossesse : avortement au cours du troisième mois.

2e grossesse : avortement de deux mois et demi environ.

3e grossesse : version par manœuvres externes pendant la grossesse pour présentation du siège. Accouchement spontané à terme (?) d'un enfant pesant 3.770 grammes, avec un placenta de 600 grammes.

4e grossesse : version par manœuvres externes pendant la grossesse pour présentation transversale. Accouchement spontané à terme (?) d'un enfant se présentant par le sommet et pesant 3150 grammes, avec un placenta de 450 grammes.

5e grossesse : présentation transversale pendant la grossesse. Version par manœuvres externes. Pose d'une ceinture entocique. Accouchement spontané à terme d'un enfant se présentant par le sommet et pesant 3.200 grammes.

Pas de malformation utérine appréciée au palper.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm.	20	21	21	20	18

Délivrance. — Présentation de la face fœtale. Délivrance par tractions et expressions combinées, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 480 grammes.

Examen des membranes. — Le sac ovulaire reproduit la forme vicieuse de l'utérus. Il existe un diverticule membraneux avec épaississement de la caduque au niveau de la malformation. (M. le professeur Pinard.)

OBSERVATION XVII (Année 1908, nº 1913).

Marie-Louise M..., II-pare. 25 ans.

1re grossesse : Accouchement prématuré au septième mois. Fille morte deux jours après la naissance.

2e grossesse : accouchement prématuré au septième mois d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 1550 grammes.

Pas de malformation utérine appréciable à l'inspection ou au palper.

Délivrance. — Présentation de la face fœtale. Délivrance par tractions et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 270 grammes.

Examen des membranes. — On constate l'existence d'un sac membraneux témoignant qu'une corne utérine est plus développée que l'autre. (M. le professeur Pinard.)

OBSERVATION XVIII (année 1908, n° 2104).

Adrienne S..., I-pare, 20 ans.

Rupture prématurée des membranes 30 heures avant le début du travail.

Accouchement prématuré au huitième mois, d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 2.250 grammes. Pas de malformation utérine appréciable au palper.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

10' après	20'	30'	40'	50'	60'
20 cm.	21	25	26	23	19

Délivrance. — 30 minutes après l'accouchement, le pouls est à 92. L'utérus a subi un mouvement d'ascension de 4 centimètres. Le placenta n'est pas décollé.

Au bout de 40 minutes, le pouls est à 100 et le fond de l'utérus est encore remonté de 1 centimètre. On arrive sur la face extérieure du placenta.

50 minutes après l'accouchement, le pouls oscille entre 108 et 116. L'utérus a subi un léger mouvement de descente. Une partie de la face utérine du placenta arrive à la vulve. Hémorragie abondante.

Mlle Lamy, sage-femme de garde, pratique immédiatement la délivrance artificielle et décolle facilement une

partie du placenta qui était encore adhérent au niveau d'une corne utérine.

Examen des membranes. — Malformation utérine se reproduisant sur les membranes qui présentent un diverticule avec épaississement à ce niveau. Poids du placenta : 330 grammes.

OBSERVATION XIX (Année 1908, nº 2140).

Célina G..., III-pare, 32 ans.

1re grossesse : sommet spontané à terme (?).

2e grossesse : accouchement gémellaire prématuré au septième mois.

3e Grossesse : rupture prématurée des membranes 6 h. 30' avant le début du travail. Procidence d'une main et du cordon.

Pose d'un ballon de Champetier de Ribes de 450 grammes.

Version par manœuvres internes.

Extraction d'un fœtus mort de 3.950 grammes.

Délivrance artificielle immédiate.

Pendant la délivrance pratiquée par Mlle Roze, on constate la présence d'un éperon très accusé, indice d'une malformation utérine. M. Mouchotte, chef de clinique, explore à son tour l'organe et constate également la malformation qui ne se traduisait extérieurement par aucune déformation de l'utérus. Poids du placenta : 700 grammes.

OBSERVATION XX (année 1909, nº 39).

Jeanne L..., II-pare, 30 ans.

1re grossesse : sommet spontané à terme (?).

2e grossesse : présentation transversale pendant la grossesse se reproduisant constamment malgré les versions répétées et la pose d'une ceinture entocique.

Présentation de l'épaule pendant le travail. Version par manœuvres internes.

Extraction d'un enfant pesant 3.250 grammes.

Malformation utérine apparente au palper, qui permet d'apprécier le plus grand développement de la corne droite.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm.	20	21	21	20	18

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 490 grammes.

Examen des membranes. — La malformation utérine se reproduit sur les membranes avec épaississement de la caduque à ce niveau.

OBSERVATION XXI (année 1909, nº 135).

Alice B... II-pare, 24 ans.

1re grossesse : présentation de l'épaule à terme (?). Version par manœuvres internes sous chloroforme.

2e grossesse : au cours de la grossesse, la tête tendant à fuir dans une des fosses iliaques, on fait une version par manœuvres externes et on maintient la tête en bas, à l'aide d'une ceinture entocique.

Accouchement spontané, à terme, d'un enfant se présentant par le sommet et pesant 4.100 grammes.

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — Cet examen permet de faire le diagnostic rétrospectif d'utérus cordiforme. (M. le professeur Pinard.)

OBSERVATION XXII (année 1909, nº 358).

Marie A..., II-pare, 31 ans.

1re grossesse : présentation du siège.

2e grossesse : présentation transversale pendant la grossesse.

M. Lacasse, chef de clinique, fait le diagnostic de malformation utérine par la mesure de la hauteur de l'utérus qui est à la corne droite de 32 centimètres et à la corne gauche de 30 centimètres. Version par manœuvres externes et pose d'une ceinture entocique. Versions plusieurs fois répétées. Accouchement spontané d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 3.300 grammes.

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — Les membranes reproduisent le contour cordiforme de la cavité utérine, et sur un des diverticules membraneux, la caduque paraît très épaissie.

OBSERVATION XXIII (année 1909, nº 462).

Gervaise M..., I-pare, 23 ans.

Présentation transversale.

On fait le diagnostic de malformation utérine (utérus cordiforme).

Présentation du siège incliné, puis de l'épaule pendant le travail.

Version par manœuvres internes et extraction.

Délivrance. — Aussitôt l'accouchement le pouls s'élève à 100. Le fonds de l'utérus est à 25 centimètres. Hémorragie abondante. On fait la délivrance artificielle.

Examen des membranes. — Les membranes donnent le moule de la malformation (utérus cordiforme).

OBSERVATION XXIV (année 1909, nº 472).

Rosalie P..., I-pare, 19 ans.

Rupture prématurée des membranes 13 heures avant le début du travail.

On constate dans le vagin une cloison longitudinale qui en occupe toute la hauteur. M. Mouchotte, pendant la période d'expulsion, sectionne entre deux ligatures cette cloison qui tend à désinsérer le vagin, étant repoussée par la tête pendant les efforts d'expulsion.

Accouchement spontané, prématuré, au neuvième mois, d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 2.750 grammes. Poids du placenta : 520 grammes.

Examen des membranes. — Cet examen montre une malformation utérine (utérus cordiforme) qui explique l'accouchement prématuré. Le logis est trop étroit. Peut-être faudra-t-il deux autres grossesses pour que la femme étant placée dans de bonnes conditions hygiéniques, le produit de conception soit expulsé à terme. (M. le professeur Pinard.

OBSERVATION XXV (année 1909, nº 600).

S..., I-pare, 23 ans.

Accouchement prématuré au neuvième mois, d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 2.130 grammes. Malformation utérine constatée par la mesure de la hauteur de l'utérus, qui est de 30 centimètres à la corne droite et de 33 centimètres à la corne gauche.

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 570 grammes.

Examen des mambranes. — Cet examen permet de reproduire la malformation utérine.

OBSERVATION XXVI (année 1909, nº 640).

Solange C..., I-pare, 20 ans.

Présentation du siège pendant la grossesse.

Tentatives de version par manœuvres externes au huitième mois, sans résultat.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Enfant : 3.120 grammes. Présentation du siège décomplété, mode des fesses. Pas de malformation utérine au palper.

Délivrance. — Présentation du placenta par la face fœtale. Délivrance par tractions et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 475 grammes.

Examen des membranes. — La reconstitution du sac fœtal reproduit la malformation utérine (utérus cordiforme).

OBSERVATION XXVII (année 1909, nº 690).

Jeanne P..., III-pare, 30 ans.

1re grossesse : présentation du siège à terme (?). Incisions sur le col.

2e grossesse : présentation de l'épaule à terme (?). Version par manœuvres internes. Phlébite double après l'accouchement.

3e grossesse : présentation du siège pendant la grossesse. Version par manœuvres externes.

Accouchement prématuré au neuvième mois, d'un enfant se présentant par le sommet. Rupture artificielle des membranes pour activer la dilatation stationnaire à 3 centimètres. Poids de l'enfant : 3.200 grammes.

La malformation utérine, pressentie, n'est pas appréciable au palper.

Délivrance. — Placenta se présentant par sa face fœtale. La délivrance se fait par tractions et expression combinées. 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 540 grammes.

Examen des membranes. — Cet examen révèle un diverticule membraneux en rapport avec une cavité utérine cordiforme.

OBSERVATION XXVIII (année 1909, nº 708).

Viola D... III-pare, 27 ans.

1re grossesse : présentation du siège à terme (?). Enfant mort pendant le travail.

2e grossesse : présentation du siège à terme (?) Expulsion d'un enfant vivant.

3e grossesse : présentation du siège pendant la grossesse.

Malformation utérine très appréciable. L'utérus, à grand axe transversal, a la corne droite plus développée.

Hauteur utérine : Corne droite : 31 ; ligne médiane : 27 ; corne gauche : 28.

Toutes les tentatives de version par manœuvres externes sont restées infructueuses.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Présentation du siège complet, incliné. Poids de l'enfant : 3.000 grammes.

Délivrance. — Le placenta se présente par la face fœtale. Délivrance par tractions et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement.

Insertion vélamenteuse du cordon.

Examen des membranes. — On peut reproduire la cavité cordiforme de l'utérus. Il existe un diverticule sur lequel la caduque est épaissie.

OBSERVATION XXIX (année 1909, nº 741).

Jeanne L..., I-pare, 26 ans.

Présentation du sommet.

Malformation utérine diagnostiquée pendant la grossesse.

Hauteur de l'utérus : corne droite : 37 ; ligne médiane : 32 ; corne gauche : 28.

Accouchement spontané à terme (?) d'un enfant de 3.450 grammes.

Délivrance. — Présentation du bord du placenta. On fait la délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement.

Examen des membranes. — Insertion vélamenteuse du

cordon. Malformation utérine reproduite sur les membranes avec épaississement de la caduque.

OBSERVATION XXX (année 1909, nº 770).

Anna M..., II-pare, 22 ans.

1re grossesse : présentation du siège à terme (?). Extraction pénible. Enfant mort.

2e grossesse : présentation du siège pendant la grossesse. Version par manœuvres externes. Accouchement spontané à terme d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 3.750 grammes.

Diagnostic de malformation utérine fait par M. Lacasse, chef de clinique, pendant la grossesse.

Corne droite plus développée que la corne gauche.

Délivrance. — Le placenta se présente par son bord. On fait la délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 620 grammes.

Examen des membranes. — Il existe sur les membranes un diverticule en rapport avec la malformation utérine ; la caduque est épaissie à ce niveau.

OBSERVATION XXXI (année 1909, nº 905).

Henriette V..., IV-pare, 24 ans.

1re grossesse : sommet spontané à terme.

2e grossesse : sommet spontané à terme.

3e grossesse : expulsion spontanée au neuvième mois de deux fœtus morts et macérés.

4e grossesse : pas de malformation appréciable au palper. Sommet spontané à terme (?). Enfant de 2.900 grammes.

Délivrance. — Présentation du placenta par le bord. 30 minutes après l'accouchement, on fait la délivrance par expression française.

Poids du placenta : 500 grammes.

Examen des membranes. — Cet examen, pratiqué par M. le professeur Pinard, montre un sac membraneux reproduisant la forme de la cavité utérine (utérus cordiforme).

OBSERVATION XXXII (année 1909, nº 1029).

Marie M..., I-pare, 24 ans.

Présentation du siège pendant la grossesse.

Version par manœuvres externes.

Ceinture entocique.

Accouchement : sommet spontané à terme. Enfant pesant 3.720 grammes.

Pas de malformation diagnostiquée pendant la grossesse.

Délivrance. — Le placenta se présente par la face fœtale. Délivrance par tractions et expressions combinées 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 510 grammes.

Examen des membranes. — L'œuf reproduit une malformation de la cavité utérine (utérus cordiforme).

OBSERVATION XXXIII (année 1909, nº 1051).

Louise D..., III-pare. 43 ans.

1re grossesse : sommet spontané à terme (?).

2e grossesse : avortement au sixième mois (œuf vivant).

3e grossesse : présentation du siège pendant la grossesse. Version par manœuvres externes. La présentation du siège se reproduit constamment.

Accouchement spontané au neuvième mois d'un fœtus se présentant par le siège décomplété, mode des fesses. Poids de l'enfant : 3.150 grammes. Procidence du cordon. Mort de l'enfant pendant le travail.

Diagnostic de malformation utérine faite pendant la grossesse ; utérus cordiforme avec plus grand développement de la corne droite.

Hauteur de l'utérus : corne droite : 35 ; ligne médiane, 33 ; corne gauche : 27.

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française une heure après l'accouchement. Poids du placenta : 430 grammes.

L'examen des membranes ne permet pas de faire le diagnostic rétrospectif de la malformation, bien que les membranes soient complètes.

OBSERVATION XXXIV (année 1909, nº 1106).

Gracieuse G..., II-pare, 31 ans.

1re grossesse : présentation du siège. Accouchement spontané à terme (?).

2e grossesse : présentation de l'épaule pendant le travail. Version par manœuvres externes. Accouchement prématuré au neuvième mois. Présentation persistante du front.

Poids de l'enfant : 3.600 grammes.

Le diagnostic de la malformation utérine n'a pu être fait pendant le travail.

Délivrance. — Le placenta s'offre par sa face fœtale. On fait la délivrance par tractions et expression com-

binées 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 500 gr.

Examen des membranes. — Rétention partielle. Malformation utérine se reproduisant parfaitement sur les membranes. Corne gauche très développée.

OBSERVATION XXXV (année 1909, nº 1222).

Léonie H..., I-pare, 19 ans.

Présentation du siège complet.

Accouchement spontané prématuré, au septième mois. Poids de l'enfant : 2100 grammes.

Pas de diagnostic de malformation utérine.

Délivrance. — Présentation du bord. Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 360 grammes.

Examen des membranes. — Le sac membraneux reproduit la forme de la cavité utérine (utérus cordiforme). En un point la caduque est très épaissie, jaunâtre, recouverte de fibrine.

OBSERVATION XXXVI (année 1909, nº 1467).

Eugénie L..., I-pare, 17 ans.

Bassin rétréci.

Accouchement spontané à terme (?). Présentation du sommet. Poids de l'enfant : 3320 grammes. Pas de malformation utérine appréciable au palper.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'
19 cmc.	20	21	21	18

Délivrance. — Présentation par la face fœtale. On fait la délivrance par tractions et expression combinées 25 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 520 grammes.

Examen des membranes. — Elles sont déchirées, dissociées, mais paraissent complètes.

On peut reproduire aisément une malformation utérine : (corne gauche plus développée que la corne droite, avec épaississement de la caduque à ce niveau. (M. Lacasse.)

OBSERVATION XXXVII (année 1909, nº 1558).

Claire C..., II-pare, 31 ans.

1re grossesse : présentation du siège. Accouchement spontané à terme (?).

2e grossesse : présentation du siège pendant la grossesse. Version par manœuvres externes.

Accouchement spontané à terme d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 3680 grammes. Liquide en excès non recueilli.

Malformation utérine non diagnostiquée pendant la grossesse.

Délivrance : Le placenta s'offre par sa face utérine. On fait la délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 680 grammes. Diagnostic de gros œuf.

Examen des membranes. — Celles-ci sont dissociées, mais complètes. Malformation utérine reproduite sur les membranes avec épaississement de la caduque à ce niveau. (M. Lacasse.)

OBSERVATION XXXVIII (année 1909, nº 1749).

Céleste C..., III-pare, 36 ans.

1re grossesse : présentation du sommet. Application de forceps.

2e grossesse : avortement de 6 semaines environ.

3e grossesse : accouchement prématuré au neuvième mois, d'un fœtus se présentant par le sommet et pesant 3170 grammes.

Utérus fibromateux et malformé.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après ..	10'	15'	20'	25'	30'
19 cm. . . .	20	21	21	18	

Délivrance. — Le placenta offre son bord. On fait la délivrance par expression française 25 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 600 grammes. Aussitôt après la délivrance, le pouls s'élève à 100, 120 ; la femme perd abondamment. Injection intra-utérine à 50º. L'hémorragie s'arrête. Injection de 250 grammes de sérum artificiel.

Examen des membranes. — Elles sont complètes et reproduisent la malformation utérine.

OBSERVATION XXXIX (année 1909, nº 1753).

Jeanne L..., I-pare, 19 ans.

Avortement au cours du cinquième mois.

Poids du fœtus : 300 grammes (fœtus vivant).

Délivrance. — Placenta en partie décollé. Hémorragie.

M. Bouhey introduit la main dans l'utérus et achève le décollement. Le placenta est très adhérent au niveau de la corne droite. Poids du placenta : 155 grammes. Face utérine déchiquetée. M. Bouhey introduit à nouveau la main dans la cavité utérine et ramène des débris placentaires. Rétention totale de la caduque très épaissie.

OBSERVATION XL (année 1909, nº 1802).

Rébecca P..., III-pare, 28 ans.

1re grossesse : accouchement prématuré au septième mois. Mort de l'enfant au bout de 12 heures.

2e grossesse : sommet spontané à terme (?)

3e grossesse : présentation transversale pendant le travail.

Malformation utérine constatée à l'inspection et au palper.

Hauteur de l'utérus : Corne droite : 26 ; ligne médiane : 25 ; corne gauche : 28 ; diamètre transversal : 36.

La corne gauche est donc ici manifestement plus développée que la corne droite, et cette malformation se dessine très vivement pendant les contractions.

Accouchement : version par manœuvres internes. Enfant vivant. Poids : 2500 grammes.

Délivrance : Délivrance artificielle immédiate. Le placenta est inséré sur la partie gauche de l'utérus, au niveau du bord gauche. Poids 400 grammes.

Examen des membranes. — Celles-ci reproduisent nettement la malformation, avec épaississement des membranes à ce niveau.

OBSERVATION XLI (Année 1909, nº 1841).

Louise C..., II-pare, 21 ans.

1re grossesse : sommet spontané au huitième mois.

2e grossesse : présentation transversale pendant le travail. Malformation utérine appréciable au palper.

Hauteurs de l'utérus : corne droite : 24 ; ligne médiane : 24 ; corne gauche : 25.

Version par manœuvres internes.

Poids de l'enfant : 1720 grammes.

Délivrance : On fait la délivrance artificielle immédiate, au cours de laquelle on constate que la corne gauche est plus développée que la corne droite, sans éperon bien nettement déterminé.

Examen des membranes : Rétention partielle de la caduque (endométrite). Malformation utérine peu marquée, mais cependant appréciable sur les membranes épaissies à ce niveau.

OBSERVATION XLII (année 1909, nº 2052).

Marguerite B..., III-pare, 21 ans.

1re grossesse : expulsion 6 mois 1/2 après les dernières règles d'un fœtus mort et macéré.

2e grossesse : sommet spontané au huitième mois.

3e grossesse : accouchement prématuré au neuvième mois. Poids de l'enfant : 3200 grammes.

Malformation utérine diagnostiquée au palper.

Corne droite plus développée que la corne gauche.

Délivrance : Deux heures après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé, retenu sans doute dans la corne

droite qui à ce moment mesure 22 centimètres tandis que la corne gauche ne mesure que 18 centimètres. Il se décolle bientôt et se présente par son bord. Délivrance par expression française. Poids du placenta : 430 grammes.

Les membranes reproduisent la malformation utérine.

OBSERVATION XLIII (année 1909, nº 2057).

Valentine P..., I-pare, 24 ans.

Expulsion spontanée au sixième mois, d'un fœtus vivant de 520 grammes, mort après quelques inspirations. Quinze minutes après l'expulsion du fœtus, la femme perd du sang en abondance. Très rapidement le pouls monte à 95, 100, 120.

M. Lacasse, chef de clinique, conseille à Mlle Havard, sage-femme de garde, de faire le curage digital sous chloroforme en raison de l'indocilité de la femme et de l'adhérence du placenta.

Mlle Havard éprouve en effet les plus grandes difficultés à décoller le placenta qui est extrêmement adhérent au niveau de la corne droite. Chaque cotylédon doit être presque isolément décollé. Après 20 minutes d'efforts, Mlle Havard fatiguée demande qu'on la remplace. M. Lecointe introduit la main à son tour et ramène quelques cotylédons encore très adhérents dans la corne droite.

Injection intra-utérine à 50º.

Poids du placenta : 200 grammes.

Cette femme n'ayant jamais présenté d'hypersécrétion vaginale et son placenta ne présentant pas de trace d'endométrite, nous croyons qu'il s'agit bien là d'un cas d'avortement par malformation utérine, comme semble le démontrer l'examen de la cavité utérine pratiqué pendant le curage digital.

OBSERVATION XLIV (année 1910, nº 401).

Maria F..., I-pare, 26 ans.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Présentation du siège décomplété, mode des fesses.

Malformation utérine : corne droite, 28 centimètres ; corne gauche, 26 centimètres.

Après l'expulsion du fœtus, l'utérus mesure 17 centimètres au niveau de la corne droite.

Une heure après l'accouchement, la femme perd assez abondamment, bien que le pouls reste normal.

Délivrance. — Après avoir tenté à plusieurs reprises de faire la délivrance, on constate que le placenta reste adhérent. Mlle Roze, sage-femme en chef, intervient aussitôt et pratique la délivrance artificielle. Le placenta est très adhérent, surtout au niveau de la corne gauche. Mlle Roze parvient à extraire difficilement une masse placentaire, paraissant complète, et pesant 400 grammes.

Injection intra-utérine prolongée.

Membranes dissociées paraissant complètes.

OBSERVATION XLV (année 1910, nº 404).

Gabrielle L..., I-pare, 20 ans.

Accouchement prématuré au septième mois. Malformation utérine.

Hauteur de l'utérus : corne droite : 21 ; ligne médiane, 20 ; corne gauche : 19 centimètres.

Présentation transversale.

Au toucher, on constate la présence du placenta au bord

de l'orifice, offrant alors la dilatation d'une pièce de deux francs.

Pose d'un ballon Champetier de Ribes. Expulsion rapide du ballon, suivie de celle du fœtus.

Délivrance spontanée immédiatement après.

OBSERVATION XLVI (année 1910, nº 421).

Henriette L..., II-pare, 29 ans.

1re grossesse : sommet spontané à terme (?).

2e grossesse : présentation du sommet OIGA.

Accouchement spontané à terme. Malformation utérine.

Hauteurs de l'utérus : corne droite : 35 ; ligne médiane : 34 ; corne gauche : 33.

Poids de l'enfant : 3.500 grammes.

Délivrance. — Face utérine.

Délivrance par expression française, 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 500 grammes.

Membranes complètes, dissociées, caduque épaissie. Les membranes reproduisent la malformation. (Epaississement notable de la caduque à ce niveau.)

OBSERVATION XLVII (année 1910, nº 451).

Louise R..., I-pare, 21 ans.

Accouchement spontané à terme. Présentation du sommet en OIGA. Poids de l'enfant : 3.875 grammes.

Pas de malformation apparente au palper.

Délivrance. — Face fœtale.

Délivrance par tractions et expression combinées, 30 mi-

nutes après l'accouchement. Poids du placenta : 700 grammes.

Examen des membranes. — Celles-ci reproduisent une malformation utérine. (M. Lacasse.)

OBSERVATION XLVIII (année 1910, nº 1006).

Germaine B..., II-pare, 22 ans.

1re grossesse : expulsion six mois après les dernières règles, d'un fœtus mort et macéré.

2e grossesse : soumise au traitement spécifique.

Présentation du sommet en OIGA. Malformation utérine : utérus cordiforme. Rupture artificielle précoce des membranes à la dilatation de cinq francs pour dilatation stationnaire.

Accouchement spontané et à terme. Poids de l'enfant : 3.120 grammes.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après	10'	20'	30'	50'	60'	120'	135'
18 cm.	19	20	20	20	20	20	21

Délivrance. — 30 minutes après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé. Pouls à 80.

1 h. 1 /4 après l'accouchement, P = 92.

2 h. 1 /4 après l'accouchement, P = 96.

Hémorragie légère.

M. le professeur Pinard examine la femme et conseille de pratiquer une délivrance artificielle. M. Champeau, sous la direction de M. Le Masson, chef de clinique, s'y emploie immédiatement.

Le placenta est en partie décollé ; une partie est encha - tonnée dans la corne droite et présente une sorte de lambeau

erratique. En même temps, on constate la présence d'un éperon assez marqué (2 à 3 centimètres). Les membranes sont retenues en partie. A ce moment, le pouls est à 88 et la température à 36°9.

Injection intra-utérine prolongée à l'aniodol à 50°.

OBSERVATION XLIX (année 1910, n° 1118).

Estelle W..., IX-pare, 41 ans.

1re grossesse : présentation de l'épaule à terme (?) Version par manœuvres internes.

2e grossesse : présentation de l'épaule à terme (?) Version par manœuvres internes.

Dans ces deux cas, mort de l'enfant peu après la naissance.

3e grossesse : avortement 3 mois après les dernières règles.

4e, 5e, 6e, 7e, 8e grossesses : présentations de l'épaule à terme (?) Version par manœuvres internes. Enfants morts-nés, ou ayant vécu quelques heures.

9e grossesse : présentation du siège pendant la grossesse. Version par manœuvres externes répétées sans succès.

Accouchement prématuré au neuvième mois. Présentation du siège décomplété, mode des fesses. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Dilatation revenue à un franc.

Reprise des douleurs 17 heures après la rupture des membranes.

Malformation utérine apparente.

Hauteur de l'utérus : corne droite : 25 centimètres ; ligne médiane, 28 ; corne gauche, 33.

Chloroformisation à la dilatation complète et extraction d'un fœtus de 2.950 grammes, mort-né.

Délivrance. — Délivrance artificielle immédiate faite par M. Champeau. Celui-ci constate la forme bicorne de l'utérus qui présente un éperon très marqué de 5 à 6 centimètres, au niveau de la partie médiane du fonds de l'utérus. Poids du placenta : 570 grammes. Celui-ci présente un sillon profond et un cotylédon accessoire.

M. le professeur Pinard conseille en cas de grossesse ultérieure, chez cette femme, de pratiquer l'accouchement par la voie haute. (Césarienne ou Porro, suivant les indications.)

OBSERVATION L (année 1910, nº 1147).

Marie B..., II-pare, 25 ans.

1re grossesse : présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes. Fœtus mort-né.

2e grossesse : Malformation utérine (utérus cordiforme). La corne droite est plus développée que la corne gauche.

Hauteur de l'utérus : corne droite : 36 centimètres ; ligne médiane : 34 ; corne gauche : 33.

Présentation de l'épaule.

M. Pinard pense qu'il y a un éperon.

A la dilatation complète, rupture artificielle de la poche des eaux.

On met la femme en position obstétricale et M. Cazeaux pratique la version par manœuvres internes, suivie de l'extraction d'un fœtus de 4.980 grammes, qui crie aussitôt.

M. Cazeaux fait immédiatement la délivrance artificielle et constate la présence de l'éperon prévu par M. Pinard.

Poids du placenta : 690 grammes. Les membranes sont déchirées, mais paraissent complètes.

OBSERVATION LI (année 1910, nº 1189).

Laurence G..., I-pare, 28 ans.

Présentation du siège pendant la grossesse. Version par manœuvres externes. Malformation utérine (utérus bicorne). Présentation du sommet à terme (?).

Application du forceps par défaut de rotation de la tête fœtale. Poids de l'enfant : 3.800 grammes.

Hauteur de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après	10'	15'	20'	25'	30'	60'	100'
21 cm.	22	23	24	25	25	25	25

Délivrance. — 1 h. 40 après l'accouchement, le placenta n'est pas décollé.

La femme perd assez abondamment, le pouls s'élève à 104, 120, 124.

M. Bruslon pratique la délivrance artificielle : le placenta est très adhérent au niveau de la corne droite. Poids du placenta : 500 grammes.

Injection intra-utérine à 50º.

OBSERVATION LII (année 1910, nº 1399).

1re grossesse : présentation du sommet. Accouchement prématuré au neuvième mois.

2e grossesse : présentation du sommet. Accouchement spontané au neuvième mois. Pas de malformation utérine apparente.

Délivrance. — Présentation de la face fœtale.

Délivrance par tractions et compression combinées,

30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 500 grammes.

Examen des membranes. — Elles sont déchirées, dissociées, mais paraissent complètes. Elles reproduisent une malformation utérine avec épaississement de la caduque à ce niveau.

OBSERVATION LIII (année 1910, n° 1426).

Louise B..., I-pare, 22 ans.

Présentation du sommet. Malformation utérine très appréciable.

Hauteur de l'utérus : corne droite, 32 centimètres ; ligne médiane : 29 ; corne gauche : 23.

Au toucher, on constate la présence d'une bride vaginale au niveau de l'orifice vulvaire, divisant cet orifice en deux parties, droite et gauche.

Expulsion spontanée au neuvième mois d'un fœtus de 2.300 grammes en voie de macération.

Au moment de la période d'expulsion, la bride s'est déchirée brusquement sans hémorragie, quand la tête est apparue à la vulve.

Délivrance. — Présentation de la face utérine.

Délivrance par expression française 30 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 460 grammes.

Examen des membranes. — Celles-ci sont retenues en partie. De plus, un épaississement notable sur un point indique la malformation utérine.

OBSERVATION LIV (année 1910, nº 1521).

Marie D..., I-pare, 20 ans.

Malformation utérine appréciable au palper.

Hauteurs de l'utérus : corne droite : 23 centimètres ; ligne médiane : 20 ; corne gauche : 21.

Présentation du sommet en OIGA. Accouchement prématuré au septième mois. Enfant mort-né. Poids : 1.300 grammes.

Hauteurs de l'utérus pendant la période de délivrance :

5' après	10'	15,	20'	25'	30'
14 cm.	16	17	15		

Délivrance. — Présentation de la face fœtale.

Délivrance par tractions et expression combinées, 20 minutes après l'accouchement. Poids du placenta : 400 grammes.

Examen des membranes. — Elles sont complètes, mais présentent une caduque épaissie et vascularisée. Elles reproduisent la malformation utérine.

Observation LV (année 1910, nº 1536).

Thérèse D..., I-pare, 20 ans.

Présentation du sommet. Rupture prématurée des membranes. Accouchement prématuré au neuvième mois.

Malformation utérine : la corne droite est plus développée que la corne gauche. Poids du fœtus : 2.900 grammes.

Délivrance. — 5 minutes après l'accouchement, la hauteur de l'utérus est de 20 centimètres ; la corne droite de-

vient de plus en plus saillante, s'élevant à 21 centimètres. Le pouls est à 80. La hauteur utérine va rester stationnaire jusqu'après la délivrance; seule, la corne droite augmente de volume, atteignant progressivement 22, 23, 24, puis 25 centimètres au-dessus du pubis.

30 minutes après l'accouchement, le pouls est à 88. La femme perd légèrement. Une heure après l'accouchement, le pouls est à 90. Hémorragie plus abondante. 1 h. 1/4 après l'accouchement, le pouls bat 100, devient petit, la malade pâlit et présente des muqueuses légèrement décolorées. A ce moment on pratique la délivrance artificielle.

Le placenta est tout entier dans la corne droite qui se trouve rétractée sur lui. Le décollement n'est effectué qu'à la partie inférieure de la masse placentaire. Petit à petit, on arrive avec deux doigts à libérer d'abord la paroi antérieure de la corne, puis la paroi postérieure et enfin le fond de la corne.

On extrait une masse placentaire pesant 380 grammes, les membranes paraissant complètes. Injection intra-utérine de 10 litres d'eau bouillie à 50°.

Le pouls revient à ce moment à 72 pulsations.

OBSERVATION LVI (année 1910, n° 1562).

Ida C..., II-pare, 20 ans.

1re grossesse : accouchement prématuré au neuvième mois. Présentation du sommet.

2e grossesse : présentation du sommet en OIGA. Accouchement prématuré au neuvième mois. Au palper on ne constate pas de malformation utérine.

Poids de l'enfant : 2.570 grammes.

Délivrance. — Le placenta se présente par sa face fœ-

tale. On fait la délivrance par tractions et expression combinées, 30 minutes après l'accouchement.

Poids du placenta : 360 grammes.

Examen des membranes. — Celles-ci reproduisent par épaississement en un point une malformation utérine.

OBSERVATION LVII (année 1911, nº 830).

Agathe R..., I-pare, 34 ans.

Malformation utérine apparente.

Hauteurs de l'utérus : corne droite : 31 centimètres ; ligne médiane : 32 ; corne gauche : 33.

La corne gauche est donc plus développée que la corne droite.

On constate également la présence de deux fibromes, du volume d'une noix, sur la ligne médiane. Cette femme est également albuminurique, elle a, en effet, présenté jusqu'à 7 grammes d'albumine par litre, dans ses urines.

Rupture prématurée des membranes. Accouchement prématuré au neuvième mois. Expulsion spontanée d'un fœtus se présentant par le sommet en D. P. et pesant 3.155 grammes.

Délivrance. — 5 minutes après l'accouchement, le pouls qui était à 80, monte à 92, en même temps que le fond de l'utérus remonte de 2 centimètres.

On surveille attentivement la femme et l'on s'aperçoit que 10 minutes après l'accouchement le pouls monte à 100, puis 120. Une hémorragie assez abondante se produit alors. Les indications de la délivrance artificielle sont des plus nettes, aussi va-t-on immédiatement à la recherche du placenta. Celui-ci, inséré au niveau de la corne gauche, est très adhérent, et c'est avec beaucoup de difficultés que, le bord

cubital de la main coiffé des membranes, l'opérateur réussit à l'extraire.

On explore alors la cavité utérine qui montre bien que la corne gauche est plus développée que la corne droite, mais on ne constate pas d'éperon.

Le pouls est à ce moment à 100 pulsations. Injection intra-utérine à 50° à l'aniodol. Grogs, enveloppements chauds.

Le pouls redescend à 90, bien frappé.

Poid du placenta : 450 grammes.

Examen des membranes. — Celles-ci sont complètes et reproduisent la malformation utérine.

DISCUSSION

Avant de chercher à tirer des conclusions de ces soixante observations, nous allons essayer de mettre un peu de lumière sur la physionomie si variée de la délivrance dans ces différents cas de malformation utérine, et nous verrons ce qui doit retenir l'attention de l'accoucheur.

Dans les deux tiers des cas, la délivrance est anormale, présentant des symptômes tout particuliers et d'autant plus accentués, d'autant plus graves, que la malformation est plus prononcée.

D'une manière générale, la malformation la plus fréquente porte sur le développement plus marqué de l'une des deux cornes utérines. Le plus souvent, dans 70 p. 100 des cas, la *corne droite* est le siège de cette malformation ; dans 20 p. 100 des cas, c'est la *corne gauche* qui est la plus développée ; quant à l'*utérus cordiforme type*, il ne rentre que dans la proportion de 10 p. 100 dans les cas de malformation.

D'ailleurs, nous avons le moyen de faire le diagnostic rétrospectif d'une malformation utérine, en re-

produisant la forme de l'œuf, qui n'est en somme qu'une reproduction de la cavité utérine, dont les parois peuvent être considérées comme le moule.

Il suffit, en effet, d'étaler cette poche l'orifice en bas, avec le cordon à l'intérieur, pour reconstituer facilement la disposition et la forme de l'œuf dans la cavité utérine. Dans les cas de malformation utérine, il existe sur les membranes d'origine maternelle une particularité intéressante permettant d'en faire le diagnostic rétrospectif.

C'EST UN ÉPAISSISSEMENT PLUS OU MOINS NOTABLE DE LA CADUQUE AU NIVEAU D'INSERTION DE L'UNE DES CORNES, OU MÊME DES DEUX, COMME DANS LES CAS D'UTÉRUS CORDIFORME.

Il est bien évident que cet épaississement n'est pas toujours très marqué, et bien souvent il faut un œil exercé et une grande habitude pour faire ce diagnostic rétrospectif. C'est ainsi que bien souvent nous avons vu notre Maître, le professeur Pinard, faire le diagnostic de malformation utérine en examinant des œufs de femmes chez lesquelles la malformation n'avait pu être appréciée au palper ou à l'inspection, malformation qui nous avait passé inaperçue, même après l'examen des membranes.

Parfois, cependant, ce diagnostic rétrospectif reste impossible, comme dans le cas de l'observation XXXIII, année 1909, nº 1051, où l'examen des membranes, quoique complètes, ne permettait pas de reproduire la notable malformation appréciée au palper.

On doit, malgré ces difficultés, toujours chercher à

faire ce diagnostic rétrospectif quand on soupçonne une malformation, car les indications que l'on peut en tirer présentent une importance capitale.

Nous nous souvenons qu'un matin, en discutant dans l'amphithéâtre les observations quotidiennes, notre maître recherchant la cause d'un accouchement prématuré (obs. XXIV) que seule une malformation utérine pouvait expliquer, après avoir examiné l'œuf, nous disait : « L'examen montre une malformation « utérine (utérus cordiforme) : le logis est trop étroit. « Peut-être faudra-t-il deux autres grossesses pour « que cette femme, étant placée dans de bonnes con- « ditions hygiéniques, le produit de conception soit « expulsé à terme. »

Quel profit pourrons-nous en tirer vis-à-vis de nos clientes qui viendront nous demander pourquoi elles ont fait un accouchement prématuré et si elles pourront aller à terme lors d'une prochaine gestation !

Nous avons vu dans les observations précédentes que dans un tiers des cas la délivrance dans les utérus malformés se faisait normalement ; quelles sont donc les particularités que l'on rencontre dans les deux autres tiers ?

La RÉTENTION TOTALE OU PARTIELLE DES MEMBRANES est assez fréquente. Les membranes d'origine maternelle, LA CADUQUE, restent assez souvent dans la cavité utérine, surtout si à la malformation vient se surajouter de l'endométrite qui, par la vascularisation et l'épaississement de la caduque, est une cause de plus de rétention.

D'une manière générale, dans les utérus bien conformés, la délivrance se fait au bout d'une demi-heure : Ceci n'est pas une question d'horlogerie, mais le plus souvent, le placenta est décollé 30 minutes après l'expulsion du fœtus.

Chez les accouchées présentant de la malformation utérine, il est quelques cas où la délivrance est plus rapide, et des cas plus nombreux où elle est plus lente à s'effectuer.

Dans les soixante observations qui précèdent, nous avons rencontré une dizaine de cas, soit une proportion de 1 p. 6 où le placenta n'était pas décollé au bout d'une heure, deux heures même, nécessitant alors LA DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE. (Voir observ. IX, XIV, XVIII, XXXIII, XLII, XLIII, XLIV, XLVIII, LI, LV.)

Dans la même proportion également nous avons vu des ACCIDENTS GRAVES, des HÉMORRAGIES ABONDANTES ayant inquiété l'accoucheur et ayant nécessité une INTERVENTION PROMPTE et des soins tout particuliers.

C'est-à-dire que dans 33 p. 100 des malformations utérines, l'accoucheur est appelé à intervenir pour pratiquer la DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE.

La délivrance artificielle, dans les cas de malformation utérine, présente souvent les plus grandes difficultés. D'une façon générale, le placenta est beaucoup plus adhérent, et c'est péniblement que la main coiffée des membranes sur son bord cubital, arrive à le décoller. Il arrive quelquefois qu'il soit enchatonné

dans une corne et l'opérateur éprouve alors beaucoup de mal à l'en extraire.

Dans les utérus cordiformes, en particulier, où la main rencontre cet éperon, vestige de la formation de l'utérus, on comprend très bien que le placenta soit comme emprisonné et difficile à extraire. L'ENCHATONNEMENT VRAI ne se rencontre que très rarement.

Etant donné cette adhérence anormale du placenta et sa difficile extraction, il sera bon, dans ce cas, d'explorer la cavité utérine immédiatement après la délivrance, autant pour s'assurer qu'il n'y reste pas de cotylédon que pour se rendre compte de la forme exacte de la cavité.

Quant aux hémorragies, malheureusement si fréquentes, il ne semble pas, d'après les observations que nous avons eues entre les mains, que l'on puisse les imputer à une inertie utérine, car dans tous ces cas la durée totale du travail ou celle de la période d'expulsion n'ont pas dépassé la moyenne.

L'épaisseur et la rétractivité des parois, invoquées par certains auteurs, serait une théorie plus satisfaisante. Mais il semble plutôt, d'après nos observations, que les accidents soient dus à la contraction de l'utérus sur une partie du placenta non décollé, au niveau d'une corne malformée (les contractions agissent mal et inégalement dans toutes les parties de l'utérus) tandis que le reste du placenta se trouve décollé. Il est dès lors facile de comprendre le mécanisme de ces hémorragies.

Dans bien des cas, le placenta ne présente pas la

forme discoïde habituelle, mais cela tient uniquement au lieu d'insertion, et nous avons vu un placenta inséré au fond de l'utérus malformé, présentant une encoche très nette au niveau de l'éperon.

Pourquoi observe-t-on ces particularités si diverses et si intéressantes que présente la délivrance dans les malformations utérines ? Il est évident que les différentes théories peuvent nous satisfaire dans une certaine mesure, mais en réalité elles ne peuvent pas tout nous expliquer. C'est ainsi que nous n'avons pas l'explication de l'adhérence anormale du placenta et des membranes.

Ceci ne retire rien d'ailleurs à l'intérêt de cette question, et il nous suffit de savoir ce qu'il survient d'habitude, pour que nous sachions la conduite à tenir lorsque nous nous trouverons devant des cas semblables.

CONCLUSION

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces observations ?

Elles seront pour nous de deux ordres : des conclusions d'ordre scientifique, et des conclusions d'ordre pratique.

1° Le plus souvent, dans les cas de malformation utérine, la délivrance est incomplète.

2° Elle est fréquemment retardée, le placenta étant plus adhérent.

3° Les hémorragies se montrent également avec plus d'intensité que dans les utérus normaux.

4° La délivrance artificielle s'y impose dans 33 p. 100 des cas.

5° Il est presque toujours possible de faire le diagnostic rétrospectif de la malformation, lorsque les membranes sont complètes.

Contre la délivrance incomplète, nous ne sommes pas tout à fait impuissants, il nous suffira de prendre, les plus grandes précautions pour essayer d'avoir les membranes complètes, c'est-à-dire d'opérer avec soin

et seulement lorsque le placenta sera bien décollé.

Si le placenta ne se décolle pas, nous attendrons deux heures au plus avant d'intervenir et nous pratiquerons la délivrance artificielle, sachant que l'expectation étant plus prolongée, l'on serait exposé à beaucoup de difficultés pour extraire le placenta.

Enfin nous savons que les hémorragies sont à redouter, qu'elles sont plus fréquentes et plus graves, étant donnée la difficulté de l'extraction du placenta, aussi y a-t-il des précautions à prendre.

C'est ainsi que lorsque l'on aura fait le diagnostic de malformation utérine, il sera bon de tout préparer en vue d'une délivrance artificielle possible. Au besoin même, prévenir la famille qu'une hémorragie pourra survenir, afin d'éviter l'affolement qui peut résulter d'une surprise aussi fâcheuse, au moment même où nous sommes appelés à demander de l'aide.

Nous ferons préparer tout ce qu'il est nécessaire pour faire une injection intra-utérine à 50°, dans laquelle nous pourrons mettre de l'aniodol.

Enfin, nous ne manquerons pas d'examiner soigneusement les membranes de l'œuf expulsé, lorsque nous soupçonnerons une malformation utérine, afin d'en tirer profit lors d'une gestation ou d'une délivrance futures.

Vu : le Doyen, LANDOUZY.

Vu : le Président de la thèse, PINARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice Recteur, LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Ribemont-Dessaignes et Lepage, in Précis d'Obstétrique.

Picot. — Citation in eodem libro.

Wallich. — in Eléments d'Obstétrique.

Oui. — Article Delivrance in Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale de Brissaud, Pinard et Reclus, Tome II.

P. Bar, A. Brindeau et Chambrelent. — La Pratique de l'Art et des Accouchements.

Ch. Maygrier J. Schwob. — in Précis d'Obstétrique.

Fabre. — in Traité d'Obstétrique.